

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190572710 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES **Data do acidente:** 08/07/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR (P1).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# BANCO DO BRASIL S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000105138-1

---

Nr. da Autenticação 3CC7128804A80909



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3459/2019

Aos SETE (07) dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZENOVE (2019), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil MANOEL MARTINS FERNANDES, delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia, ao final assinado. Ai, por volta das 14h53min, compareceu, **FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**, brasileiro (a), RG: 633927 SSP/PB, CPF: 337.962.624-49, natural de Condado/PB, data de nasc. 04/05/1960, solteiro, moto-taxi, Filho (a) de Espedito Jose Rodrigues e Rita Eugenio Rodrigues, Residente na Rua Wandy Alves, nº 172, Bairro Vitória, Patos /PB, Tel.: (83) 9.9824-6036, fim de prestar a seguinte queixa:

=====

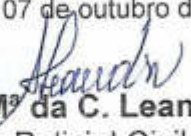
QUE, o notificante afirma que, na data 08/07/20/2019, por volta das 06:40 horas, conduzia uma motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 150 TITAN ES, Placa: MNM5675/PB, Renavam: 00886073758, ano/modelo: 2006/2006, cor: VERMELHA, chassi: 9C2KC08506R851241, Licenciada em nome do noticiante, no bairro Belo Horizonte, nesta cidade, quando em frente o cemitério São Miguel, colidiu em um animal (cachorro), e, perdendo o controle da moto, caiu, que foi socorrido por terceiros e conduzido ao Complexo Hospitalar Dep. Janduhy Carneiro, na cidade de Patos/PB, onde ao ser examinado, foi constatado fratura no tornozelo direito.

=====

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé. **TERMO DE RESPONSABILIDADE:** Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.

Notificante: Francisco Eugenio Rodrigues

Patos/PB, 07 de outubro de 2019.

  
**Ana M. da C. Leandro**  
Escrivão da Policial Civil AD-HOC  
Mat.138.428-7



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.962.624-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eugênio Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Eugênio Rodrigues 6 - CPF: 337.962.624-49  
7 - Profissão: moto-taxista 8 - Endereço: Rua Wandy Alves 9 - Número: 334 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vitória 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58706-000  
15 - E-mail: emmanoela@hotmail.com.br 16 - Tel. (DDD): (83) 3421-8003

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00105138 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vaimascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos - PB; 07/1 Outubro/2019

Francisco Eugênio Rodrigues  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES  
RUA WANDY ALVES, 334 - VITORIA  
PATOS / PB CEP: 58708-000 (AG: 118)



Ligação MONOFÁSICO  
Clt/Sec RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 14-119-435-5520 Referência Jun/2019  
Medidor 00008333-72 Emissão 21/06/2019

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-250, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-690  
CNPJ 08.095.133/0001-40 Insc Est 16.016.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 026.832.912  
Cód. para Dth. Automático: 0004493615

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	337.962.624-49 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/449361-5

Canal de contato  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
saude.gov.br/vacina-brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 23/05/19	Data 21/06/19			
Leitura 10743	Leitura 10977	1	134	29

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade	Valor	Unidade
				ICMS (R\$)		ICMS (R\$)		ICMS (R\$)	
0801	Consumo em kWh	134,000	0,954405	114,48	114,48	27	30,91	114,48	1,24
0801	Adic. B. Amortiza	0,73	0,73	27	0,18	0,73	0,02	0,03	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	14,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JURCS DE MORA 05/2019	0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 05/2019	2,71	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MON. ÁREA 05/2019	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CD: Código de Classificação do Item. TOTAL: 132,27 115,22 31,10 115,22 1,24 5,75  
Tarifas e Tributos: 0,571770

Media últimos 12 meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
185	01/07/2019	R\$ 132,27

Histórico de Consumo (kWh)											
177	143	187	162	189	212	182	174	174	195	174	189
Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Maio/19

RESERVADO AO FISCO  
27c9.1820.fc7a.d87a.b87d.e67e.8c7f.308f.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIO MENSAL	5,91	0,83	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia PB	27,35	20,66
DIO TRIMESTRAL	11,82			Compra de Energia	39,04	29,52
DIO ANUAL	23,64		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	4,25	3,22
FIC MENSAL	3,42	1,00		Encargos Setoriais	5,47	4,10
FIC TRIMESTRAL	8,65		LIMITE INFERIOR 202	Impostos Diretos e Encargos	55,14	41,68
FIC ANUAL	13,70			Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,48	0,83	LIMITE SUPERIOR 231	Total	132,27	100,00
QRC	12,22					

Valor de RUSD (Ref. 4/2019) R\$ 62,80

ATENÇÃO	Faturas em atraso





**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-57

INFORME DE  
MATRÍCULA

28928857

REFERENCIAL

AGO/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO  
RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB  
58704-460

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Respon
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
075.005.420.0056.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação E		
Y13N713469	09/12/2013	EXT LACRILHADO	POTENC			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEIT		
836	851	15	33	06/09/2019		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017						
JUL/2019	11	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONF.	
JUN/2019	18	TURBIDEZ	0	0	0	
MAI/2019	10	COLOR	0	0	0	
ABR/2019	10	COL.TERMOT	0	0	0	
MAR/2019	12	COR	0	0	0	
FEV/2019	14	COL.TOTAIS	0	0	0	
MEDIA(H)	12	DADOS REFERENTES A: JUL/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 07/08/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 10:10

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 37,91 POR UNIDADE

10 M3 37,91

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3

5 M3 24,45

ESGOTO

FATURAS EM ATRASO

REF 201906 77,03

REF 201907 45,75

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 5,77 PIS E CONFINS, LEI 12.74

VENCIMENTO:

19/08/2019

Total a Pagar:

R\$



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARI

INFORMAÇÕES GERAIS:

SR. USUARIO: EM 30/06/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM  
O. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CAS  
HA PAGO APOS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERENCIAL	VENCIMENTO	TOTAL
28928857	AGO/2019	19/08/2019	R\$

82630000000 5 62360010075 3 02892885701 1 08201910003 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Eugênio Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.962.624 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francisco Eugênio Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 337.962.624 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:

RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA TITICO GOMES</u>		Número <u>405</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>BELO HORIZONTE</u>	Cidade <u>PATOS</u>	Estado <u>PARAIBA</u>	CEP <u>58704-380</u>
Email <u>emmanoela@hotmail.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 3421-8003</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976</u>

Patos - PB, 04 de Outubro de 2019


Local e Data

  
Assinatura do Declarante

## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/07/19 Hora 06h 51 Genero MC 59 anos  
 Nome/Nome Social Emília Eugênia Rodrigues  
 Origem\* Via pública Regulado? ( ) Sim (x) Não  
 Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas doença em pé direito Encaminhado? ( ) Sim (x) Não  
 Motivo do atendimento\* doença e febre durante 002  
 Cliente Papa  
 Transporte Veículo próprio  
 Alergia? (x) Não ( ) Sim  
 Uso de medicação? (x) Não ( ) Sim  
 Doença prévia? (x) Não ( ) Sim  
 Temp \_\_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % PA 160/110 mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/dl

Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável

Classificação de Risco: ( ) Vermelho ( ) Amarelo (x) Verde ( ) Azul

Especialidade Médica Cirurgião

Acompanhante: ( ) S/ Acomp. (Setor Crítico) ( ) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
 ( ) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 (x) Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes  
COREN/PB 553 ENF

Enfermeiro/Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473  
NOME HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N  
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERDE  
ORIGEM VIA PUBLICA  
PACIENTE FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

NOME SOCIAL RITA EUGENIA RODRIGUES  
FILIAÇÃO I 04/05/1960  
NASCIMENTO MOTO TAXI  
PROFISSÃO RUA VANDY ALVES  
ENDEREÇO PATOS  
CIDADE nº334  
TELEFONE U.F. PB  
CNS 704304506127794 R.G. 633927  
ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II ESPEDITO JOSE RODRIGUES  
IDADE 59a 2m COR PARDO GÊNERO M  
BAIRRO SAO SEBASTIAO  
CEP 58706130  
CELULAR 83998246036  
CPF 337.962.624-49 REG. NASC.

F.A.A. 52370  
MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA  
DATA 08/07/2019 Horário: 06:58  
CARATER 05 -OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR  
PROCEDIMENTO 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO  
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO  
TRANSPORTE VEICULO PROPRIO  
PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MILO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 28537  
OPERADOR KGOMES  
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PAm X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER  
H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

Francisca Sonally Santos  
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço  
CRM 7194/PB  
R201060066  
R203060087

( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- | 2- | 3- |

MÉDICO/CRM \_\_\_\_\_

Dr. Satoru Watanabe  
C. 1000 e Traumatologia  
C. 1000 e Traumatologia  
C. 1000 e Traumatologia

[illegible]



Lauda médica

Declara para os devidos fins que  
o Sr. Francisco Eugênio Rodrigues  
deu entrada no Hospital Regional de  
Patos em 08 de julho de 2019 vítima  
de acidente de moto apresentando  
como diagnóstico fratura maldito  
lateral tornozelo direito tratado  
conservativamente com imobilização  
gessada. Atualmente apresenta  
fratura consolida com perda de 30% da força no  
tornozelo direito no rubro no  
esquerdo como sequelas do trauma  
articular. CID: S82.6 Pat., 17/10/2019  
T93.2

Dr. Fábio de Moura Spá  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6119





Tomozelo D., AP

14/Out/2019 19:26:06

Tomozelo D., Lateral



14/Out/2019 19:26:21

Tomozelo D., Lateral



14/Out/2019 19:26:40

## ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 08/02/19 Hora 06h 51 Gênero MC 59 anos  
Nome/Nome Social Emília Eugênia Rodrigues  
Origem\* Via pública Regulado? ( ) Sim (x) Não  
Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas dor na pc inferior Encaminhado? ( ) Sim (x) Não  
Motivo do atendimento\* coléica e febre durante 007

Cliente Papa

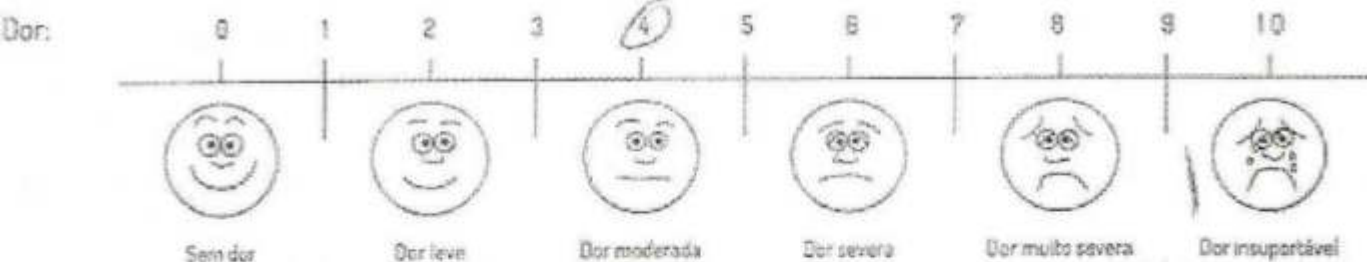
Transporte Veículo próprio

Alergia? (x) Não ( ) Sim

Uso de medicação? (x) Não ( ) Sim

Doença prévia? (x) Não ( ) Sim

Temp. \_\_\_\_\_ °C Pulso \_\_\_\_\_ bpm Resp. \_\_\_\_\_ irpm SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ % PA 160/90 mmHg HGT \_\_\_\_\_ mg/dl



Classificação de Risco: ( ) Vermelho ( ) Amarelo (x) Verde ( ) Azul

Especialidade Médica Cirurgia

Acompanhante: ( ) S/ Acomp. (Setor Crítico) ( ) S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)  
( ) Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 (x) Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

\* Consultar tabela para preencher

Rafaelle de Almeida Lopes  
COREN-PA 553 ENF

Enfermeira/Carimbo



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473  
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N  
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERDE  
ORIGEM VIA PÚBLICA  
PACIENTE FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

NOME SOCIAL RITA EUGENIA RODRIGUES  
FILIAÇÃO I RITA EUGENIA RODRIGUES

NASCIMENTO 04/05/1968

PROFISSÃO MOTO TAXI

ENDEREÇO RUA VANDY ALVES

CIDADE PATOS

TELEFONE

CNS 704304506127794 R.G. 633927

ESTADO CIVIL SOLTEIRO

FILIAÇÃO II ESPEDITO JOSE RODRIGUES

IDADE 99a 2m

COR PARDO

GÊNERO M

BAIRRO SAO SEBASTIAO

CEP 58706130

CELULAR 83998246036

REG. NASC.

UF PB

CPF 337.962.624-49

F.A.A. 52370

MOTIVO ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA

DATA 08/07/2019 Horário: 06:58

CARATER 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TR

PROCEDIMENTO 0000000000 - PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO

CONVÊNIO SUS AMBULATORIO

TRANSPORTE VEICULO PROPRIO

PRESTADOR FRANCISCA SONALLY MILO DOS SANTOS

PRONTUÁRIO 28537

OPERADOR KGOMES

TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

PESO= PA= X mmHg TEMPO=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SOLICITAÇÃO DE PARECER

H min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

CID

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

230106006

23060087

Sonally Santos  
Cirurgiã de Cabeça e Pescoço  
CRM 7124/PB



( ) 01-ELETIVO ( ) 02-URGÊNCIA ( ) 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( ) 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ( ) 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1- \_\_\_\_\_ 2- \_\_\_\_\_ 3- \_\_\_\_\_

( ) TRANSFERÊNCIA \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM \_\_\_\_\_

# orthodont

Utilisez de l'eau sur le torçage  
avec l'usage de matériel testé  
sans danger.

es: gesso + Petrarca.

Dr. Satoru Watanabe  
Department of Traumatology  
Chiba University  
Chiba 260-8602, Japan

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1656494465

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1656494465

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

DOC. IDENTIDADE: 633927 ORIG. EMISSOR: SSP PB

CPF: 337.962.624-49 DATA NASCIMENTO: 04/05/1960

RELAÇÃO:  
ESPÓRTO JOSE  
RODRIGUES  
RITA EUGENIO RODRIGUES

PRIMEIRO: [REDACTED] SOC: [REDACTED] CAT: AB

Nº REGISTRO: 00591607005 VALÊNCIA: 03/07/2023 1ª HABILITAÇÃO: 04/04/1998

ORGANIZAÇÃO:  
A. F. E. A. R.

*Francisco Eugênio Rodrigues*  
ASSINATURA DO HABILITADOR

LOCAL: PATOS, PB DATA EMISSÃO: 17/07/2018

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO TITULAR

31300417880  
PB037099868

PARAÍBA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO



*(Handwritten signature)*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
CIVIL 4.653.575

DATA DE  
Emissão 10/01/2019

NOME  
EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA  
ARAÚJO  
FILIAÇÃO

ANTÔNIO XAVIER DE SOUZA  
MARIA ÂNGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
TABIRA-PE 28/10/1975

DOC ORIGEM  
CERT. CAS. Nº1736 - LIV.B-7 - FLS.23 V - CARTÓRIO TABIRA-PE

CPF  
029.848.084-01

*(Handwritten signature)*  
Ata da Polícia Civil

A+

CERT. Nº 115 DE 20/08/03



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PB

Nº 014799072702

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 33796262449 - 20190400010648 - 4 EXERCÍCIO

1 0088607375-8 00/00000000 2019

FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

CPF / CNPJ

PLACA

33796262449

NNM5675/PB

PLACA ANT. UF

CHASSI

NOVO PB 9C2KC08506R851241

REGISTRO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLETA

MARCA/MODELO

GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES

CAR/POU/CL

CATEGORIA

2006 1000

2 P/149 /C1

ALUGUEL

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENO COTA ÚNICA

1º VENO / COTAS

1

P

00/00/0000

2º

V

PAVALIAVA

PARCELAMENTO / COTAS

3º

A

\*\*\*\*\*

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

DATA G O

24/05/2019

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM. DE CONC. NAÇÃO HONDA LTDA

ANO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

REST. BEN. TRIBUTÁRIO

LOCAL

DATA

PATOS-PB

28/05/2019

6297



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014799072702 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 28/05/2019

VIA

33796262449

CPF / CNPJ

PLACA

1

NNM5675/PB

RENAVAM

MARCA/MODELO

00886073758

HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB

9

CHASSI

2006

9C2KC08506R851241

PRÊMIO TARIFÁRIO

PRE (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

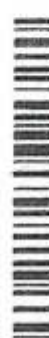
PARCELADO

DATA DE QUOTAÇÃO

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.609000104

1937-1917043-20190528





## PROCURAÇÃO

Outorgante: Francisco Eugenio Rodrigues  
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Moto Taxista  
residente e domiciliado à Rua Wandy Alves  
nº 334, bairro Glória, Município de Patos  
Estado de(o) Paraíba, Cep: 58706-000, portador(a) do  
RG nº 633927, SSP/ PB e CPF nº 337.962.624-49

OUTORGADO: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo, Nacionalidade:  
Brasileira, Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, portadora do RG nº 4.653.575, SSDS/PB,  
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Horizonte - CEP:  
58704-380 - Patos-PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES, ocorrido em 08 / 07 / 19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza INVALIDEZ

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Patos - PB, 19 de Julho de 2019.



Francisco Eugenio Rodrigues  
Outorgante

CPF Nº 337.962.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**DINAMÉRICO WANDERLEY**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL  
Rua DEVALDO HENRIQUES WANDERLEY, 130 - Centro  
CEP: 58700-000 - Patos - Paraíba  
Tel: (33) 3421-2735  
Fax: (33) 3421-6020

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES  
Em test. da verdade. Patos-PB 19/07/2019 09:16:32  
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESTREVENTE  
C2019-0152957ENL:R\$ 89,91 FAFEN:R\$ 0,29 FEPI:R\$ 1,00 SSR:R\$ 0,50  
SELO DIGITAL: AIX32501-PSMA  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.us.br>



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

**Número do Sinistro:** 3190572710

**Vítima:** FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

**CPF:** 337.962.624-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/07/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

CPF: 029.848.084-01

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019

Nome: JANE APARECIDA COSTA

CPF: 619.395.799-53

\_\_\_\_\_  
A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

\_\_\_\_\_  
JANE APARECIDA COSTA



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348831/19

**Vítima:** FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

**CPF:** 337.962.624-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 08/07/2019

**Titular do CPF:** FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

**Seguradora:** PORTO SEGURO VIDA E PREVIDENCIA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES : 337.962.624-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU  
CPF: 029.848.084-01

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

\_\_\_\_\_  
A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

\_\_\_\_\_  
MARCOS AURELIO VIDAL

---

**Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572710**

**Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572710**

**Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**

**Data do Acidente: 08/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES**

Em razão da falta de apresentação do(a) RELATÓRIO MÉDICO COM EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO E EM CASO DE CIRURGIA A FOLHA CIRÚRGICA., não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572710

Vítima: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Data do Acidente: 08/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO EUGENIO RODRIGUES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000105138-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 337.962.624-49 4 - Nome completo da vítima: Francisco Eugênio Rodrigues

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Eugênio Rodrigues 6 - CPF: 337.962.624-49  
7 - Profissão: moto-taxista 8 - Endereço: Rua Wandy Alves 9 - Número: 334 10 - Complemento: Casa  
11 - Bairro: Vitória 12 - Cidade: Patos 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58706-000  
15 - E-mail: emmanoela@hotmail.com.br 16 - Tel. (DDD): (83) 3421-8003

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0043 CONTA: 00105138 1 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vul nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Patos - PB; 07/1 Outubro/2019

Francisco Eugênio Rodrigues  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



**CAIXA**

POUPANÇA

4392 6718 8693 9806

FRANCISCO E RODRIGUES

0043 013 00105138-1

10/24

**VISA**

Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil